Nakład 10.000 egzemplarzy.

№ 11—12 WARSZAWA, LISTOPAD — GRUDZIEŃ 1929 ROK I

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 10.— **Numer pojedyńczy Zł. 1.50**

Balsam Thiocolan
i
Balsam Thiocolan
c. phitino

są stosowane przez powagi lekarskie całego kraju
W CIERPIENIACH DRÓG ODDECHOWYCH

Jesteśmy w posiadaniu kilkuset orzeczeń PP. Lekarzy podkreślających dodatnie działanie tych środków

CO JEST NAJLEPSZEM ŚWIADECTWEM ICH WARTOŚCI LECZNICZEJ



UŻYCIE: 3 do 4 razy dziennie po łyżce deserowej, dzieciom stosunkowo mniej.

Dla PP. Lekarzy próby i literatura bezpłatnie.

Gruźlica, grypa, bronchit, rozedma płuc, przewlekły kaszel, dychawica, wszelkiego rodzaju nieżyty płuc i t. p.

MOKOTOWSKA FABRYKA CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNA

Adolf Gąsecki i S-wie

W WARSZAWIE
KANTOR UL. LESZNO Nr. 41

Nakład 10.000 egzemplarzy.

№ 11—12. WARSZAWA, LISTOPAD—GRUDZIEŃ 1929 ROK I

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Leczenie zaparć nawykowych chininą i uwag kilka z dziedziny patologji tychże zaparć.

podał Dr. Edward Wajs, Warszawa.

Nawiązując rzecz do pracy naszej na tenże temat (Nowiny Lekarskie, Rocznik 40, zeszyt I. 1928), chcielibyśmy na podstawie dalszych kilkuset obserwacji szpitalnych i ambulatoryjnych podać kilka uwag, zrobić kilka uzupełnień klinicznych.

W rozumowaniach swych z przed kilku laty, opartych na właściwościach farmakodynamicznych związków chininowych, które doprowadziły nas do stosowania chininy w leczeniu nawykowego zaparcia, byliśmy zupełnie zgodni z prof. Singer'em, podającym w prasie niemieckiej wyniki swych badań. Wyniki G. Singera nie kolidują z naszemi.

Na podstawie bardzo licznych obserwacji doszliśmy do przekonania, że najlepiej jest podawać chininum bimuriaticum, względnie chininum muriaticum w dawkach 0,25 do 0,5 pro dosi, w lawatywkach po 100 cm.^{3} wody. Nie radzimy podawać mało rozpuszczalnych soli chininowych, gdyż wtedy dla otrzymania ich rozczynu potrzebne są bezwzględnie o wiele większe ilości wody, co osłabia działanie samego związku chininowego na śluzówkę, a jeszcze w większym stopniu na mięśnie gładkie jelit grubych, wprowadzając natomiast nowy czynnik, czynnik dodatkowy, jakiemi będą duże ilości wody. Podkreślić musimy z całą stanowczością i lojalnie uprzedzić Kolegów, że nie należy nigdy stosować związków chininowych dożylnie; w tym nie zgadzamy się zupełnie z prof. G. Singerem, gdyż niejednokrotnie byliśmy świadkami zapaści, występującej natychmiast po zastrzyku, zapaści, która spowodować może bardzo niepożądane powikłania dla chorego no i oczywiście dla lekarza. Zapaść ta prawdopodobnie występuje przez toksyczne porażenie ośrodków oddechowego i krążeniowego na dnie czwartej komory mózgowej. Przeciwko optymizmowi

prof. G. Singera, jako gorącego zwolennika dożylnego stosowania chininy, występuje również Winterberg, a przedewszystkiem Mackenzie, który stosowanie chininy względnie chinidyny nietylko dożylnie, a nawet per os wyłącza zupełnie z leczenia osobników z wyraźną niedomogą mięśnia sercowego, z dusznicą bolesną i t. d.

Wobec tego, że nigdy nie można przewidzieć stopnia wrażliwości na chininę, a bodaj że najczęściej w praktyce spotyka się idjosynkrazję względem niej, uważamy za najracjonalniejsze stosowanie chininy drogą błony śluzowej odbytnicy, gdyż wtedy wchłanianie następuje wolniej i nigdy nie powoduje niepokojących powikłań, a wynik leczniczy pozostaje jednakowy. (Przynajmniej w przypadkach nawykowego zaparcia).

Jedyną ujemną stroną w stosowaniu chininy w leczeniu nawykowego zaparcia, jest uczucie swędzenia, palenia w dolnym odcinku odbytnicy u pewnej ilości chorych, zwłaszcza jednocześnie cierpiących na guzy krwawnicze.

Wyniki, otrzymane przez nas, są następujące: chinina nie działa zupełnie w spastycznej formie, nie działa również podawana w przypadkach ze zmianami organicznemi jelit, natomiast stosowana w odpowiednio dużej dawce, daje nadspodziewanie dobre wyniki w przypadkach atonicznych (do 70% zupełnych wyleczeń), działanie chininy jest bardzo szybkie, w większości przypadków wypróżnienie następuje w 2 — 3 godziny po podaniu leku, zaledwie w bardzo niewielu przypadkach działanie dało się zauważyć po upływie dłuższego czasu. Przy podawaniu chininy otrzymujemy przeważnie zupełne wyleczenie chorego z zaparcia. Działanie chininy różni się od działania wielu środków i specyfików tym, że jest oparte na zupełnie innych przesłankach farmako-dynamicznych, podczas gdy stosowane zwykle zioła lub chemikalja wywołują wtórne zaparcie stolca, okazują działanie dorywcze i eo ipso zmuszają chorego do stałego stosowania środków czyszczących, zwiększając w ten sposób bardzo wyraźnie liczbę hypohondryków jelitowych.

Chinina, podawana w odpowiednich przypadkach chorobowych, bardzo często leczy radykalnie atoniczne zaparcie stolca, działając jako bodziec ćwiczebny, gdyż przewód pokarmowy zaczyna pracować intensywniej i przyzwyczaja się do okresowych i regularnych wypróżnień.

Przyczyny farmakodynamiczne, które skłaniają do stosowania połączeń chininowych w leczeniu zaparcia nawykowego, polegają na działaniu chinniy na mięśnie gładkie w sposób wybitnie skuteczny.

Zatrzymamy się obecnie na patologji zaparć stolca.

Pozostawić musimy na stronie wszystkie te przypadki zaparcia stolca, w których zaparcie jest jedynie objawem pobocznym, aczkol-

wiek subjektywnie często bardzo dolegliwym. 1) przewlekle rozwijające się zwężenie światła jelit, przez nowotwory, blizny pozapalne przy gruźlicy, kile, po czerwonce i t. d. 2) wskutek ucisku z zewnątrz na jelita przez macicę patologicznie lub nawet fizjologicznie zmienioną, torbiele jajnikowe, przerosty gruczołu krokowego wreszcie anormalne zagięcia lub nawet skręty części jelit (okrężnica i t. d.). Ponieważ celem niniejszej krótkiej notatki jest podkreślenie jedynie nadzwyczajnej pożyteczności chininy w leczeniu nawykowego zaparcia a nie rozpatrywanie szczegółowe patologji zaparcia, pominiemy całkowicie sposoby badania, pozwalające rozpoznać i odróżnić objawowe zaparcie stolca od omawianych tu form zaparcia, tembardziej że zaparcia stolca objawowe, wymagają w olbrzymiej większości wypadków leczenia chirurgicznego.

Pojęcie zaparcia czynnościowego atonicznego, znane jest od bardzo dawna (Virchow 1853, Babmerger 1855, Henoch 1863, Dunin). Pojęcie zaparcia kurczowego wprowadził do patologji Fleiner w 1893 r.

Adolf Schmidt, którego praca o schorzeniach jelitowych jeszcze przez wiele lat będzie encyklopedją z dziedziny schorzeń jelitowych, odróżnia 4 postacie zaparć nawykowych. I. Postać kurczowa z zatrzymaniem mas kałowych w colon proximale, II. powolniejsze niż zwykle przechodzenie mas kałowych przez całe grube jelita, wskutek czego po 24 godzinach a nawet i dłużej po próbnem śniadaniu niewypełniona jest treścią kontrastową esica i początkowa część odbytnicy. III. Postać kurczowa, przy której kał zatrzymuje się w colon transversum i descendens aż do esicy i wreszcie IV. Typ zaparcia polega albo na niedowładzie mięśni odbytnicy albo na hipestezji śluzówki odbytnicy. Wobec tego, że chorzy tego typu nie odczuwają parcia, bardzo często przy badaniu per rectum znajdujemy odbytnicę wypełnioną kałem. W uzupełnieniu wyżej wspomnianego podziału zaznaczyć musimy, że podział rozgraniczający ściśle zaparcie kurczowe od atonicznego nie pozostał teoretycznie nienaruszonym, dzięki pracom rent-

genologów, którzy stwierdzają możliwość istnienia form kombinowanych. Jednakże klinicznie podział zaparć na atoniczne i skurczowe jest dostatecznie zdefinjowany, dostatecznie umotywowany.

Przy zaparciach kurczowych konstatujemy kał w postaci drobnych kuleczek, wstęg, ołówków i t. d.; kał lepki, bóle kurczowe jelit, wymacywanie skurczonych pętli jelitowych. Przy zaparciu atonicznem stwierdzamy kał suchy w postaci dużych kawałów, przyczem objawy ogólne będą stanowczo dominowały nad objawami miejscowemi (zatrucie układu nerwowego, bóle głowy, zawroty, migreny, uderzenia do głowy, zmiany tętna).

Zaparcia typu kurczowego wywołane są przez wzmożone napięcie nerwu błędnego. Zaparcia atoniczne (Fleiner) wywołane są przez wzmożone napięcie nerwu współczulnego. Ostatnia teza wywołać jednakże może pewne wątpliwości, gdyż zwolnienie ruchu robaczkowego jelit nie jest równoznaczne z zaparciem. Są bowiem bardzo częste zaparcia stolca, gdy masy kałowe mijają w nieopóźnionym czasie jelita grube, lecz pozostają zbyt długo w esicy i bańce odbytnicy, podobny mechanizm zaparcia może być i przy wzmożonym ruchu robaczkowym jelit.

Zmniejszony ruch robaczkowy konstatujemy przy nadkwaśności żołądka, przy djecie skąpej w celulozę, przy małej ilości saprofitów w przewodzie pokarmowym, przy braku ruchu i t .d.

Fleiner tłomaczy powstawanie zaparcia atonicznego wytwarzaniem się odruchowego skurczu zwieraczy odbytu i mięśniówki odbytnicy. Stan taki bywa według niego u ludzi starszych przy sprawach zapalnych w jamie brzusznej, przy wzmożonem napięciu zwieraczy odbytnicy wskutek nawykowego nadmiernie długotrwałego przetrzymywania kału, wskutek pęknięć mięśni, podnoszących odbytnicę.

Twórcą etjologji zaparć kurczowych jest Fleiner (1893). Stwierdza on. że u neurasteników, hipohondryków, u kobiet z chorobami narządu rodnego występują zaparcia kurczowe jako psychonerwica, którą w pewnym stopniu porównać można ze stanem nadmiernej wrażliwości zewnętrznych części organów rodnych u kobiet (vaginismus). Stan wzmożonego skurczu mięśniówki jelita grubego występuje jako odruch, jako wynik zapalnego podrażnienia, lub jako wynik patologicznego stanu psychicznego (przejaskrawiona pogarda względem aktu defekacji). Z temiż objawami przebiega colica pseudomembranacea i cały szereg schorzeń, jak kamica żółciowa, nerkowa, zapalenie wyrostka robaczkowego, dychawica oskrzelowa, nadmierne używanie nikotyny, zatrucia ołowiem, patologiczne stany narządów wydzielania wewnętrznego, okres przekwitania, nadmierna otyłość i t. d.

Dychawica oskrzelowa

podał Dr. Med. K. S.

Mianem tym oznaczamy nerwicę dróg oddechowych z objawami napadów duszności wydechowej i nieżytu oskrzeli z eozynofilją krwi i plwociny.

Astmę dzielimy na 1^0 astmę nerwową bez zmian w drogach oddechowych, 2^0 astmę ze zmianami oskrzelowo-płucnemi; poza tem należy wyeliminować astmę sercowo-nerkową oraz równoważnik astmy — coryza spasmodica, laryngo-tracheitis spasmodica, tracheobronchitis spasmodica.

Podczas napadu we krwi liczba eorynofilów dochodzi do 10%.

Przyczyną astmy może być wrażliwość ustroju wrodzona lub nabyta na proteiny rozmaitego pochodzenia — (zwierzęcego, roślinnego, pokarmowego, bakteryjnego))lub na ciała niebiałkowe.

Wrażliwość tę stwierdza się przez wykonywanie odczynu skórnego z jednym z tych podejrzanych ciał.

Astma występuje często na tle pryszczycy, pokrzywki, dny.

Astma na tle zaburzeń oddechowych spotyka się przy schorzeniach nosa (zboczenia przegrody nosowej, przerost małżowin nosowych), przeroście migdałów, przeroście gruczołów wnękowych (Chełmoński), sclerosis broncho-pulmonalis, bronchitis chronica, emphysema pulmonum, taberculosis pulmonum, diathesis exsudativa (u dzieci).

Objawy fizykalne: wydech wydłużony, świsty, furczenia na całej przestrzeni klatki piersiowej (podczas ataku głównie zaznaczone).

Radjoskopja wykazała w pewnych wypadkach podczas ataku nieruchomość przepony brzusznej, co niektórzy wiążą z etjologją astmy.

Z wielu badań eksperymentalnych i obserwacyj chorych wynika, że gra tu rolę czynnik spastyczny — skurcz mięśni oskrzeli ma-

łego kalibru z obrzmieniem śluzówki tych oskrzeli. Doświadczalnie objawy spastyczne u zwierząt można wywołać przez podrażnienie nerwu parasympatycznego. Czynnik ten prawdopodobnie i u ludzi ma też znaczenie, można bowiem usunąć spazm oskrzeli za pomocą atropiny, działającej na n. vagus antagonistycznie.

Atak astmy można wywołać pod wpływem określonych podrażnień węchowych (np. zapach koński), po zjedzeniu truskawek, u młynarzy, u ludzi obciążonych dziedzicznie, epileptyków, degeneratów, neurasteników, przy podrażnieniach i zboczeniach płciowych. Niektórzy wiążą powstawanie dusznicy oskrzelowej z zaburzeniami sekrecji gruczołów wkrewnych (leczenie astmy pancreatyną).

Plwocina u astmatyków podczas ataku jest ciągnącą się, zawiera spirale Curschmana, komórki eozynofilowe i po dłuższem staniu kryształy Charcot-Leyden'a. W okresach pozaatakowych we krwi znajdziemy lymfocytozę ze zmniejszeniem liczby ciałek wielojądrowych do 45% i eozynofilję do 10%.

Podczas napadu lub zaraz po napadzie wzrasta ilość leukocytów, występuje polynukleoza do 80% i stwierdza się chwilowe zniknięcie eozynofilji.

Rozpoznanie astmy jest łatwe, gdy chodzi o osobnika młodego, mającego ataki gwałtownej duszności; badanie krwi na eozynofilję może dopomóc postawieniu rozpoznania. Nie należy nigdy zapominać, że w astmie niema nigdy przyśpieszenia oddechu, raczej zwolnienie oddechu i utrudnienie wydechu.

Napady duszności mogą być nie tylko przy duszności oskrzelowej, lecz i przy gruźlicy prosówkowej, lecz przy tej ostatniej stwierdzamy, jako objaw prawie stały przyśpieszenie oddechu; zresztą wywiady co do dziedziczności i postępu choroby wyjaśniają rozpoznania.

Bronchitis pseudo-membranacea może też dawać ataki kaszlu, zwłaszcza w nocy, bardzo silne z powodu zaczopowania światła oskrzeli błonami rzekomemi; rozpoznaniu wówczas pomagają plwociny charakterystyczne w bronchitis pseudo-membranacea i eozynofilja w astmie.

Rozpoznanie astmy u dzieci do lat siedmiu jest utrudnione, nie można bowiem opierać rozpoznania na badaniu plwociny, gdyż do tego wieku dzieci zwykle nie plują przy kaszlu. Astma u dzieci przebiegać może z gorączką i łatwo ją pomieszać z bronchitis capillaris; szybkie ustanie ataku i powtórzenia w warunkach tych samych ułatwia rozpoznanie.

Chorzy na serce, zwłaszcza ze schorzeniami tętnicy głównej miewają nocne ataki duszności, które należy wiązać z rozszerzeniem serca, a nie z astmą. Chorzy ci miewają ataki silnych bólów i niepokoju —

objawy dusznicy bolesnej, nie plują, często mają rzężenie w dole obydwu płuc na tle przekrwienia biernego obydwu płuc.

Te same trudności nasuwają się przy rozpoznawaniu pseudoastmy nerkowej. Jeżeli stwierdzany duszność o typie oddechu Cheyne-Stokesa, rozpoznanie jest łatwe ;lecz w razie objawów nieżytu oskrzelowego i współistniejącej duszności, błędy są możliwe. Obrzęki na kończynach, białko w moczu, częste podniesienie ciśnienia krwi naprowadzają rozpoznanie na właściwe tory.

U innych chorych z napadami duszności stwierdzamy sklerozę płuc, nieżyt chroniczny oskrzeli, rozszerzenie aorty, atheromatozę aorty, dźwięczny drugi ton serca u podstawy, podniesione ciśnienie naczyń tętniczych, powiększenie lewej komory, nieznaczną ilość białka w moczu, mocz o niskim ciężarze gatunkowym, azotemję.

Chorzy tego typu mogą mieć na minutę do 40 oddechów. W płucach słyszymy świst i furczenie; ciepłota czasem może dochodzić do 38°. W dolnych warstwach płuc możemy nie słyszeć rzężeń, co na pierwszy rzut oka może nasunąć myśl niełączenia ataków duszności tych chorych z zaburzeniami serca i nerek, jakkolwiek każe o tem myśleć wybitna duszność podczas ataku. Mogą to być nawet osobnicy, którzy cierpieli w młodości na astmę. Brak eozynofilów w plwocinie i we krwi oraz pewna ilość białka w plwocinie podczas ataku, utrwalają w rozpoznaniu zaburzeń serca i nerek.

U starych osobników z hypersekrecją oskrzelową bywają czasem bardzo silne napady duszności z atakami kaszlu, zrywającemi ich w nocy z łóżka; radjologicznie stwierdza się u nich w jednym z płatów płucnych stwardnienie sklerotyczne; obfita plwocina wodnisto-śluzowa nie zawiera eozynofilów.

Inni znów chorzy, dawni astmatycy ze sklerozą płuc, chronicznym nieżytem oskrzeli, rozedmą i stałą dusznością mogą podlegać sezonowym obostrzeniom istniejącego nieżytu oskrzeli z objawami bronchoalveolitu, z rzężeniami wilgotnemi drobno i grubo-pęcherzykowemi symulującemi ognisko broncho - puemonji. W obfitej śluzoworopnej plwocinie tej kategorji chorych brak eozynofilów cechujących astmę.

Napady duszności t. z. histeryczne zwykle występują sporadycznie.

O Chininie i Salicylu.

Podał dr. med. Aleksander Krasuski.

Od 60 lat XIX stulecia, kiedy Bamberger i Traube wprowadzili mierzenie temperatury u chorych przy pomocy ciepłomierza, rozpoczyna się nowy okres w leczeniu chorób gorączkowych.

Głównemi środkami zwalczającemi gorączkę stają się chinina i salicyl.

Chinina jest główną częścią składową kory chinowej (cortex chinae). Korę chinową otrzymuje się z różnych gatunków drzewa chinowego, głównie zaś z Cinchonae succirubae, rosnącego w Andach. Kora chinowa zawiera do 3% chininy. Nazwa tej kory pochodzi od wyrazu kina, który w języku peruwiańskim oznacza korę. Linneusz nadał drzewu temu nazwę Cinchona na pamiątkę hrabiny del Chinchon, która w r. 1640 sprowadziła po raz pierwszy korę chinową do Europy.

Po sprowadzeniu kory chinowej do Europy, stała się ona dobrodziejstwem cierpiącej ludzkości owych czasów.

W okresie wprowadzenia kory chinowej do lecznictwa, warunki sanitarne Europy były opłakane: niewygodne, brudno utrzymane mieszkania, brudne miasta otoczone rowami, zanieczyszczanemi odpadkami, stanowiły rozsadnik epidemicznie panujących chorób gorączkowych.

W 1642 roku zjawiła się pierwsza praca o chininie P. Barby, prof. wydziału lekarskiego w Valladolidzie pod tytułem: „Vera praxis ad curationem tertianae". W końcu XVIII w. stosowanie kory chinowej zyskało powszechne prawo obywatelstwa. Lek ten nie pozostał nawet bez wpływu na ówczesną literaturę piękną. La Fontaine w „Poeme du Quinquina" (1682) sławi korę chinową jako lek, dzięki któremu Ludwik XIV odzyskał zdrowie. Pani de Genlis (1746 — 1831) napisała powieść o odkryciu kory chinowej.

Chinina została w 1820 r. wydzielona z kory chinowej przez Pelletierá i Caventou . Skład chemiczny i budowa tego alkoloidu zostały ustalone dzięki pracom Henri i Delondra (1832), Liebiga, Pasteura, Regnolta, Streckera.

Do r. 1874 środkami przeciwgorączkowemi były chinina i alkohol. Od tego roku zaczęto stosować kwas salicylowy. Należy tu zaznaczyć, że kwas salicylowy stosowano przed jego odkryciem w postaci naparu z kory wierzbowej, która zawiera go w znacznej ilości.

Chinina zajmuje wyjątkowe miejsce wśród alkaloidów roślinnych, a to dzięki temu, że wszystkie one posiadają pewien ściśle określony i ograniczony punkt uchwytu, wtedy gdy chinina jest ogólnym jadem protoplazmatycznym i działanie swe wywiera na wszystkie komórki

organizmu. W działaniu chininy na protoplazmę stwierdzamy początkowy okres pobudzenia, po którym nastaje okres porażenia przejawów życiowych.

Szczególnie wrażliwemi na działanie chininy są białe ciałka krwi. Już rozczyn jeden na 20000 wywiera na nie działanie hamujące, a w roztworze 1:10000, ustają ich ruchy. Ta ilość chininy jaka krąży we krwi po przyjęciu większych dawek per os wystarcza do powstrzymania przenikania białych ciałek krwi po przez ściany naczyń krwionośnych, jak to wykazały prace Binza (1867). Chinina ograniczając w organizmie syntezy, utlenianie, oraz inne przemiany chemiczne, wpływa na obniżenie przemiany materji. Chinina zabija liczne zaczyny, pod wpływem których odbywają się przemiany chemiczne. Pod jej działaniem rozpad białka zostaje ograniczony.

Na temperaturę u zdrowego człowieka wywiera ona wpływ nieznaczny, natomiast przy chorobach gorączkowych średnie jej dawki powodują spadek temperatury ciała. Obniżenie temperatury spowodowane przez chininę stoi w związku z obniżeniem nasilenia wszystkich procesów i polega na zmniejszonem wytwarzaniu ciepłoty. Na mięśnie prążkowane chinina działa w ten ospsób, że zrazu pobudza

ich czynności, potem zaś sprowadza porażenie i osłabia ich siłę. Wedle Paulsona podobnie jak na mięśnie kośćca, działa chinina na serce. Małe ilości chininy wzmagają częstość tętna i podnoszą ciśnienie, większe zaś — wywołują zwolnienie tętna i obniżenie ciśnienia. Pod wpływem chininy wzmagają się skurcze macicy ciężarnej. Pod jej wpływem nawet u normalnych zwierząt zmniejsza się objętość śledziony. Według badań G. Schaefera (1910) chinina posiada wyraźne właściwości znieczulające, nieustępujące kokainie. Wielkie dawki wywołują objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego, omdlenia, bóle głowy, szum w uszach, głuchotę, zaburzenia wzrokowe, trudność myślenia, wreszcie stany zapaści.

Chinina ma wyraźnie gorzki smak, który daje się odczuć już w rozcieńczeniu 1:10000 i wywołuje odruchowo lekkie ślinienie się, w małych dawkach na trawienie w żołądku nie wywiera wpływu. Używana w większych ilościach przez dłuższy czas, może spowodować objawy kataralne, bóle w dołku, nudności i wymioty. Chinina łatwo wchłania się poprzez śluzówki. W organizmie rozkłada się 60 do 70% chininy, reszta wydziela się z moczem. Główna ilość chininy wydziela się po 24 godzinach, a po 72 godzinach następuje prawie zupełne wydzielenie leku z organizmu.

Chinina wedle badań E. Boeckera zadana podskórnie magazynuje się głównie w płucach. Przy podawaniu per os ilość chininy w płucach nie o wiele przekracza zamagazynowaną ilość w wątrobie.

Przy podawaniu chininy często obserwujemy idjosynkrazję, przejawia się ona w powstawaniu: ogólnego niedomagania, wysypek skórnych a nawet podniesionej temperatury. W terapji stosujemy chininę przy malarji, durze brzusznym, chorobach gorączkowych, jak grypa, róża, odra, szkarlatyna, dur osutkowy, zapalenie płuc, posocznica, gorączka połogowa, przy krwawieniach z nosa, przy krwotokach płucnych u gruźlików gorączkujących, przy krwawieniach z macicy nie wrażliwych na sporysz, oraz krwawieniach okresów przekwitania. Dalej chininę zalecają w chorobie Basedowa, przy chorobie Meuniera, w niedomogach aortalnych (Huchard) w nowotworach złośliwych (Jaboulay, Lannois) oraz przy leczeniu niemiarowości tętna. W lecznictwie chorób serca została ona całkowicie wyparta przez chinidynę. Stosowanie chininy przy pneumonia cruoposa znane jest od 70 lat. France, Gordon, Corrigan, Köhler, Jurgens, Sée stosowali chininę jako środek obniżający gorączkę lub tonizujący. W 1895 r. Aufrecht opierając się na doświadczalnych badaniach Binza i obserwacjach klinicznych Finklera, zaczął stosować chininę we włóknikowem zapaleniu płuc. Następnie ten sposób leczenia został zarzucony. W 1919 r. ukazała się praca Cahn-Bronnera, w której autor ten zachwala wyniki lecznicze osiągnięte przez stosowanie chininy w zapaleniu płuc. Na-

stępnie w 1926 r. zjawia się praca Dajchowskiego. Autor badał 51 chorych. Dwadzieścia przypadków leczono chininą, 31 bez chininy. Obraz kliniczny u chorych leczonych chininą wykazywał w 75% przypadków krzywę temperatury z tendencją do spadku, przyczem remisje wynosiły $1\frac{1}{2}$ — 2°. Równolegle do spadku temperatury zmniejszała się częstość oddechów oraz tętna. Chinina wywierała doskonały wpływ na ogólny stan pacjentów, oraz na serce, tak, że podawanie środków nasercowych okazało się niekiedy zbędnem. Okres gorączkowy ulegał skróceniu. Objawów ubocznych autor nie obserwował. Podawanie chininy wedle autora nie wywierało większego wpływu na obraz morfologiczny krwi.

Działanie na plazmodja malaryczne należy przypisać bezpośredniemu działaniu chininy. Chinina przy zetknięciu się z plazmodjami malarycznemi działa na nie zabójczo. Działanie chininy w postaci kory chinowej przy wypadaniu włosów, łuszczycy i przy innych chorobach skóry, należy przypisać jej miejscowemu dezynfekcyjnemu działaniu.

Działanie zabójcze chininy przy dezynterji amebowej stwierdził Sellard, Lamberto, na spermatozoidy Ischikawa, na poramecja Kranc, na podział komórek Popoff, Methodi i Jeljaskowa. Większość autorów działanie przy durze brzusznym stara się objaśnić bezpośrednim zadziałaniem na prątki durowe, podobnie jak to się dzieje z plazmodjami malarji.

Podawanie chininy do wewnątrz wedle Gotlieba i Mayera wywiera dodatni wpływ na liczne sprawy ropne.

Kwas salicylowy jest to kwas ortooxybenzoesowy. Wydzielony on został z kory wierzbowej. Wolny kwas salicylowy posiada silne działanie antyseptyczne, jego sole alkaliczne, np. sól sodowa posiadają działanie daleko słabiej żrące.

Salicylan sodu przy użyciu na dawkę w ilości 4 — 5 gr. powoduje uczucie gorąca, ciężaru w głowie, palenie skóry, nadmierne pocenie się, spadek temperatury, zaburzenia wzrokowe, dzwonienie w uszach, wysypki skórne w postaci pokrzywki i rumienia. Znacznie większe dopiero dawki przez zadziałanie na ośrodki centralne mogą

dopiero powodować bredzenie, senność, spadek temperatury, zwolnione oddychanie.

U pacjentów gorączkujących salicylan sodu oraz kwas salicylowy obniżają bardzo szybko temperaturę. Obniżanie temperatury polega na wzmożeniu oddawania ciepła. Już w małych dawkach salicyl wywiera wpływ na przemianę materji. Ilość azotu w moczu wzmaga się o 10 do 12%. Salicyl przyjmowany do wewnątrz odkłada się bardzo łatwo w stawach, szczególnie w stawach patologicznie zmienionych, jak to wykazały badania S. Bondi i M. Jacoby'ego. Badania V. P. Kellera i A. Morchionini, wykazały, że przy astmie i egzemie zachodzi zmniejszone wiązanie salicylu we krwi.

Salicyl podajemy głównie jako specyfik w ostrym artretyzmie stawowym, dalej jako środek przeciwgorączkowy, oraz jako środek żółciopędny. Jako środek antyseptyczny salicyl hamuje wzrost bakterji na podłożach sztucznych w organiźmie, broni od zakażenia drogi żółciowe i wywiera ogólne działanie antyseptyczne.

Salicyl stosujemy przy anginach, zakażeniach dróg żółciowych, durze brzusznym i podagrze.

Ramond nadto zaleca podawanie salicylu w dawkach 6 gr. dziennie przy szkarlatynie.

Salicyl bywa również zalecany przy chorobie Basedowa, w ilości 0,75 do 2 gr.

LITERATURA:

Gottlieb - Meyer. Farmakologja 1916 r.

Binz. Farmakologja tłom. ros. 1887 r.

Artykuły w Klinische Wochenschrift 1924—1928.

Jodival — jako trafne organiczne połączenie jodu

ze szpitali, lecznic, przychodni i Kasy Chorych.

Dr. Konrad Poncz, b. asystent szpitali miejskich w Warszawie.

Oddawna wiadomem jest każdemu lekarzowi, jak rozległe zastosowanie w praktyce posiada jod w najrozmaitszych swoich połączeniach i związkach.

Najczęściej przepisuje się alkalje jodowe: jodek sodu lub jodek potasu. Jednakowoż środki te, aczkolwiek tak popularne w lecznictwie, posiadają szereg cech ujemnych, wywołują bowiem często zaburzenia żołądkowo-jelitowe, katary górnych dróg oddechowych, wysypki,

posiadają nieprzyjemny smak; nadto są chorzy, którzy nie znoszą jodu w połączeniach alkalicznych, reagują na najmniejsze dawki jodu w tej postaci silnymi katarami nosa, wymiotami, zawrotami głowy. Te właśnie i inne jeszcze względy, o których mowa będzie poniżej, zmusiły instytuty farmakologiczne do wypuszczenia na rynek światowy nowych preparatów jodowych, pozbawionych ubocznego działania jodku sodu lub potasu, a pod niektórymi względami przewyższających powyżej podane związki.

Ostatnio na szeroką skalę w praktyce lekarskiej stosuje się jodival, preparat wyrabiany przez firmę Knoll A. G. w Ludwigshafen n/Renem, który, jak stwierdziły badania kliniczne, posiada przewagę nad jodipiną i t. p. Pod względem chemicznym jodival jest karbamidem monojodizovalerynowym. Widzimy więc, że jodival obok działania zawartego w nim jodu łączy w sobie kojące dzałanie grupy walerjanowej; zawiera w sobie 47% jodu, nie rozpuszcza się w zimnej wodzie, natomiast w wodzie gorącej, eterze i alkoholu. Pod postacią tabletek i proszków jodival w dowolnych dawkach może być przepisywany z powodzeniem we wszystkich tych przypadkach klinicznych, w których wskazany jest jod, a więc w miażdżycy tętnic (arteriosclerosis), skrofulozie, krzywicy, w strumie, zachorzeniach kiłowych późniejszego drugiego i trzeciego okresu, w cierpieniach metaluetycznych i t. p. Po stosowaniu jodivalu w ciągu dłuższego czasu nie obserwowaliśmy objawów zatrucia jodem; ponadto jodival posiada pewne walory, zasługujące na szczególną uwagę: przechodzi w stanie nie zmienionym przez żołądek, rozpuszcza się prędko w jelicie i łatwo ulega wchłanianiu, przyczem, jak to wynika z doświadczeń Breekinga, przerobionych w klinice prof. Hoffmana w Düsseldorfie, po zażyciu 2 tabletek = 0,6 gr. jodivalu już po 12-tu minutach stwierdzić można wyraźną reakcję jodową, po upływie zaś godziny ilość jodu w moczu wynosi 4,38%.

Próby własne przekonały nas, że alkalje jodowe pobrane drogą doustną wydzielają się drogą moczu później niż jodival w tej samej dawce. Bardzo ciekawe są badania porównawcze Broekinga, dotyczące czasu wydzielania się jodku potasu i jodivalu; wówczas gdy przy próbie jodowo-potasowej po upływie 12-tu godzin stwierdza się 73.4% jodu, przy próbie jodivalowej w tym czasie 65,11%.

Badania powyższe świadczą o tem, że jodival w zestawieniu z jodkiem potasu wchłania się szybciej, a wydziela się powolniej; działanie tedy jodu w jodivalu jest prędkie, jednakowoż dłużej trwające i równomierniejsze.

Co się tyczy miejsca wchłaniania się jodivalu, to podobnież jak i jodek potasu, a wypływa to z badań Mehringa, jodival nie wchłania się jako taki w żołądku, lecz najprawdopodobniej w górnej części jelita cienkiego. Odszczepienie jodu w jodivalu niema miejsca ani w przewodzie pokarmowym ani we krwi, dzięki temu według Winternitza jodival odmiennie od alkalji jodowych dosięga miejsca przeznaczenia w postaci obojętnej, nie wywołując szkodliwego działania w narządach, którymi krąży. Jodival jak i inne preparaty organiczne jodu posiada lipotropiczne działania w stosunku do tkanek ustroju. Stąd też przy stosowaniu jodivalu osiąga się silne działanie miejscowe. Kliniczne doświadczenie poucza, że nieznaczna dawka jodu w organicznym połączeniu powoduje już dość silny efekt terapeutyczny. Zakres stosowania jodivalu dziś jest dość obszerny. Runck, Westphal, Bönnig, Götte stosuje jodival w połączeniu z diuretin'ą w przewlekłym zapaleniu oskrzeli (bronchitis chronica) i w zapaleniu opłucnej (pleuritis) jodival wywołuje podwójny efekt: osiąga się lekkie wydzielanie śluzu, a dzięki zawartości grupy walerjanowej znika przykre uczucie duszności. Z tym samym dobrym skutkiem Runck stosuje jodival w praktyce dziecięcej, szczególnie w skrofulozie. Hesse na szeroką skalę stosował jodival w kile skórnej i w cierpieniach mataluetycznych. Według prof. Michaelisa w Berlinie jodival daje doskonałe wyniki terapeutyczne w miażdżycy tętnic zarówno ośrodkowych jak i obwodowych i może w zupełności zastąpić alkalje jodowe. W dusznicy bolesnej (angina pectoris), jodival bądź sam, bądź w połączeniu z diuretiną stosował Gotte. W jednym jego przypadku mężczyzna 44-letni, nałogowy palacz papierosów, u którego stwierdzono wybitną miażdżycę tętnic, powiększenie lewej komory serca, obniżenie dolnej granicy wątroby, narzekał ponadto na bóle napadowe za mostkiem i w lewej ręce, promieniujące aż do palców. Chory ów otrzymywał jodival — 3 tabl. dziennie. W krótkim czasie bóle za mostkiem ustąpiły, a samopoczucie chorego znacznie się polepszyło. Drugi przypadek Göttego dotyczył mężczyzny 55-letniego, doznającego zawrotów głowy, duszności przy chodzeniu po schodach. Badanie przedmiotowe wykazało powiększenie rozmiarów serca oraz tętniak (aneurysma) łuku aorty (Rentgenogram). Pacjent ów otrzymywał jodival — po 2 tabl. trzy razy dziennie, a później po 1 tabl. Zawroty głowy ustąpiły zupełnie. Mógł z łatwością chodzić po schodach, nie odczuwał duszności.

Na szczególną uwagę zasługuje neurotropowe działanie jodivalu; działanie to być może tłomaczy się zawartością grupy walerjanowej w tym związku, jodival wywiera tedy działanie kojące na tkankę nerwową, a przez odszczepienie jodu silnie działa swoiście. W połączeniu organicznym jod nie powoduje nigdy objawów neurotoksycznych, to też ze skutkiem doskonałym może być stosowany jadival w tych przypadkach miażdżycy tętnic, którym towarzyszą objawy mózgowe neurasteniczne, w cierpieniach kiłowych i metauletycznych mózgu. Przytoczę tu kilka przypadków własnych.

1) Chora P. L., lat 68 (arteriosclerosis centr. et periph.). Od 8-u lat narzeka na bezsenność, ogólne osłabienie, zawroty głowy. Jest stale podniecona i niespokojna. Badanie przedm. wykazuje: tętno twarde, silnie napięte. Ciśnienie ma 180, min. 130, przerost i rozszerzenie lewej komory serca. Chorej przepisano jodival — 3 razy dziennie po jednej tabl. Po 5-ciu tygodniach sen znacznie się poprawił, zawroty głowy ustąpiły, podniecenie przeszło, samopoczucie chorej bardzo dobre. Ciśnienie max. 150, min. 110.

2) B. M., lat 62 (arteriosclerosis centr. et periph.), cierpi na zawroty głowy, chodząc ulicą doznaje wrażenia, że zatacza się i pada, przy chodzeniu po schodach duszność. Stale podniecony, męczy się przy pracy. Przedm.: Rozszerzenie lewej komory serca, zaakcentowanie drugiego tonu nad aortą. Ciśn. normalne . Pacjent w ciągu 4-ch tygodni otrzymywał jodival — 3 razy dziennie po jednej tabl. Bóle i zawroty głowy ustąpiły, spokojny, samopoczucie zupełnie dobre.

3) N. S., lat 54 (alkoholismus chron. arteriosclerosis), cierpi na bóle głowy od 2-ch lat, nieraz silne zawroty głowy. Samopoczucie złe, drętwienie lewej ręki i lewej nogi. Przedm.: ciśnienie krwi max. 160, min. 110, rozszerzenie lewej komory serca, ślady białka w moczu. Po jodivalu w dawce—po jednej tabl. 4 razy dziennie—stan uległ poprawie. Znacznie mniejsze bóle i zawroty głowy, ustąpiło drętwienie lewej ręki i nogi.

4) B. J., lat 69 (arteriosclerosis), od kilku miesięcy silne zawroty głowy. Ogólne osłabienie, apatja, uczucie lęku, bezsenność, drętwienie nóg, drugi ton nad aortą zaakcentowany, rozszerzenie lewej komory

serca, w moczu ślad białka; 2 - 3 - 4 leukocyty w polu widzenia. Przepisano choremu tabl. jodivalu — po jednej tabl. trzy razy dziennie w połączeniu z diuretiną po 0,5. Już po upływie 2-ch tygodni ustąpiły zupełnie zawroty głowy. Sen się poprawił, samopoczucie dobre.

5) S. M., lat 52 (lues cerebro-spinalis). Bóle głowy. Porażenie lewostronne spastyczne. Stany silnego podniecenia: wszystko rwie, krzyczy, spazmuje. Chora otrzymywała jodival — 5 razy dziennie po jednej tabl. Stany podniecenia zupełnie minęły, nie narzeka na bóle głowy.

Ponadto stosowaliśmy jodival we wszystkich przypadkach cierpień układu nerwowego, w których zazwyczaj przepisuje się alkalje jodowe, z bardzo dobrym wynikiem. W jednym przypadku poronnej postaci choroby Basedowa („basedowoid") stosowaliśmy nalewkę jodową do wewnątrz w kroplach od 2-ch do 5-ciu dwa razy dziennie. Chora nie znosiła w tej postaci jodu, doznawała zawrotów głowy, męczył ją katar, często miewała mdłości, poprawy przedm. nie stwierdzało się. Wówczas zaczęliśmy stosować jodival w dawce 0,05 — 0,1 — raz dziennie. Chora przez dłuższy czas przyjmowała ten związek jodowy, nie wypowiadając żadnych skarg podm., a wnet można było stwierdzić również poprawę stanu ogólnego. Po raz pierwszy stosowaliśmy jodival w migrenie, wychodząc z założenia, że w cierpieniu tym mamy do czynienia z wzmożonym ciśnieniem wewnątrz - czaszkowym przez zbieranie się większej ilości płynu m=rdz. wydzielanego przez splot naczyniasty (plexus chorioideus — Strümpell) (patrz odnośny referat mój w Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim oraz Kwartaln. Kliniczny Szpit. na Czystem 1929 r.) oraz z obrzękiem opon (Hemicranium meningo — oedematosum Quinque'go); jod jako taki ułatwia wessanie się płynu mózgordzeniowego a ponadto jodival dzięki grupie walerjanowej działa kojąco wogóle na tkankę nerwową. W kilku przypadkach dzięki jodivalowi, przez dłuższy czas stosowanemu, napady migreny były bądź bardzo nieznaczne lub zupełnie ustępowały. Reasumując powyższe dane należy wyciągnąć następujące wnioski: 1) jodival w odróżnieniu od jodku sodu lub potasu nie wywołuje zaburzeń żołądkowo-jelitowych, 2) działa prędko, 3) wydziela się w ciągu kilku dni całkowicie, 4) nie powoduje objawów zatrucia jodem (jodismus), 5) posiada własności naurotropiczne w znacznie większym stopniu niż wszystkie inne preparaty jodu.

Przeciwreumatyczny Zjazd Międzynarodowy w Budapeszcie.

Dr. G. Raciążek (Warszawa).

Omawiany Zjazd został faktycznie zwołany i zorganizowany przez International Society of Medical Hydrology, pod auspicjami którego to Towarzystwa odbył również swe posiedzenie Międzynarodowy Komitet Walki z Reumatyzmem (Ligue Internationale contre le Rhumatisme), mający swą siedzibę w Amsterdamie. Zjazd zgromadził zgórą 600 uczestników z całego niemal świata, nie wyłączając tak oddalonych krajów jak Japonja, Meksyk, Australja i t. p., przyczem nie brakło wśród obecnych na Zjeździe nazwisk ogólnie w nauce popularnych, jak np. Freund, Strasser z Austrji, Gunzburg, Guillaume z Belgji, Eliassen, Jansen z Danji, Fox, Lewis, Buckley z Anglji, Forestier, Mougeot z Francji, Bauer, Dietrich, Harpuder, Niemann, Zimmer z Niemiec i t. d.

Wypada zaznaczyć, że Polskę reprezentowało prócz niżej podpisanego i wydelegowanego przez Polski Komitet Walki z Reumatyzmem jeszcze trzech kolegów, dwuch z Warszawy i jeden z Inowrocławia.

Jeśli chodzi o rzeczy pod względem naukowym istotnie rewelacyjne, to należy zaznaczyć, że Zjazd, jak to zresztą było do przewidzenia, nie wiele przyniósł nowego, nosił natomiast charakter raczej wybitnie informacyjny, a nadewszystko par excellence sprawozdawczy.

Jak to zauważyliśmy na wstępie, Zjazd łączył w sobie odczyty, dotyczące w ścisłem znaczeniu tego słowa zagadnień hydrologicznych z reumatycznemi, uważamy wobec tego za wskazane podać w zarysie treść ważniejszych przemówień tak z jednej jak i z drugiej dziedziny. Na temat oddziaływania fizjologicznego wód mineralnych wypowiadali się Prof. Dalmady (Budapeszt), Prof. Pinilla (Madryt), Dr. Harpuder (Wiesbaden) oraz Prezes T-wa Dr. Fortescue Fox (Londyn). Z przemówień tych pozwolimy sobie przytoczyć ze zrozumiałych względów jedynie najbardziej charakterystyczne ustępy.

Właściwości osmotyczne wód mineralnych posiadają tak wielkie znaczenie, że w wielu wypadkach skład chemiczny owych wód odgrywa rolę drugorzędną czyli innemi słowy działanie zawartych w odnośnych wodach jonów pochłanianych w czasie kuracji, schodzi na plan drugi.

Podczas gdy w wodach rozcieńczonych działanie zależy nadewszystko od składu chemicznego, to natomiast w wodach mineralnych skoncentrowanych a osmotycznie czynnych, działanie może być nawet wówczas identyczne resp. wybitnie analogiczne, kiedy różnią się one zasadniczo swemi cechami chemicznemi, dla wód np. alkalicznych mogą przeto obowiązywać te same wskazania lecznicze, co dla wód kwaśnych.

Z tych oto wspólnych własności fizjologicznych na szczególną uwagę zasługuje osmotyczne działanie czyszczące, które stanowi pod wieloma względami najwdzięczniejsze pole działania dla wód hypertonicznych, chodzi tu bowiem nietylko o zwykłe wypróżnienie przewodu jelitowego, nietylko o usunięcie zaparcia, lecz ponadto o cały szereg niezmiernie dla chorego ustroju dodatnich reakcji jak np. pomyślny wpływ omawianych wód na rozwijające się w jamie brzusznej sprawy zapalne, pobudzenie krwiobiegu w naczyniach jamy brzusznej, a przedewszystkiem w zakresie nn. splarchnici, dalej sprzyjanie resorbcji powstałych w jamie brzusznej wysięków, nieraz nawet bardzo zastarzałych.

Oczywiście z powyższych uwag bynajmniej nie wynika, ażeby działanie jonów, to jest działanie chemiczne pozostawiać zgoła bez uwzględniania, albowiem jest ono w wielu wypadkach wytyczną dla indywidualizowania odpowiednich chorych poddających się kuracji wodami mineralnemi.

Węgierskie wody gorzkie ze względu na ich izo-resp. hypertoniczną koncentrację zarówno jak na zawarte w nich mało pochłaniane jony MG i SO_4 wykazują stosunkowo dużo działania osmotycznego, nadają się przeto również w wysokim stopniu do studjów nad omawianem działaniem.

Wody hypertoniczne typu chlorkowego znajdują się w Hiszpanji w La Toja. Mniej rozpowszechnione są natomiast zdroje siarkowe hypertoniczne (Na i Mg) zdarzają się jednak również na Węgrzech.

Szczególne zainteresowanie wzbudziły wywody mówców dotyczące zastosowania hydro- i balneoterapji w chorobach serca i naczyń krwionośnych. Na zasadzie zgórą dwudziestoletnich doświadczeń dochodzą oni do następujących wniosków: wrodzone wady serca reagują dodatnio na kąpiele kwasowęglowe w okresie zbliżającej się dekompensacji; nabyte zmiany serca o charakterze zapalnym są nieomal zawsze pochodzenia reumatycznego, wobec czego wody hypertermalne nadają się do ich leczenia szczególnie, niezależnie od tego czy zawierają dużo czy mało składników mineralnych, czy są bogate w sól czy siarkę. Wody tego typu znajdują zastosowanie zarówno w postaci wód jak kąpieli i wywierają zabójczy wpływ na zarodki infekcyjne, sprzyjają gojeniu się spraw zakaźnych we wisierdziu oraz sprzyjają przystosowaniu się osobnika do jego wady sercowej.

Przy zwykłych schorzeniach serca natury naczyniowej (cardiopatie arterielle — Huchard), to jest przy zespołach spowodowanych zmianami ateromatycznemi lub syfilitycznemi aorty lub nadmiernem parciem krwi, wskazania dla omawianych zabiegów mają charakter dwojaki, chodzi bowiem bądź o ulżenie sercu w drodze obniżenia parcia tętniczego, bądź też dzięki pobudzającemu działaniu kąpieli musi ulec wzmocnieniu akcja osłabionych komór sercowych.

Nadmierne parcie tętnicze można zwalczać przy pomocy:

a) picia moczopędnych wód mineralnych,

b) hypertermalnych zabiegów kąpielowych, łagodzących zakres n. współczulnego,

c) kąpieli subtermalnych oraz zawierających mało gazu.

Kąpiele kwasowęglowe znajdują najwdzięczniejsze zastosowanie jak to już liczni referenci wzmiankowali w początkowych okresach niedomogi sercowej.

Zaburzenia akcji serca w zakresie rytmu najlepiej zwalczać z uwzględnieniem tła przyczynowego jak anomalje zachodzące w przewodzie pokarmotrawiennym i t. p.

Na kąpiele termalne gazowe reagują dodatnio również przewlekłe stany zapalne tkanek okołożylnych, połączone z zastojem żylnym, jak również wszelkie sprawy tego rodzaju, będące następstwem zaburzeń wewnątrz-wydzielniczych.

Streszczając się, referenci z naciskiem podkreślają, że jeśli chodzi o pacjentów z chorem sercem lub układem naczyniowym, to niezmiernie dodatniego wpływu można oczekiwać od kąpieli, w żadnym razie jednak nie od picia wód mineralnych.

W sekcjach zjazdowych, poświęconych wyłącznie zagadnieniu reumatycznemu, na porządku dziennym znalazły się przewidziane w programie Zjazdu referaty główne na tematy następujące:

ostre a przewlekłe schorzenia reumatyczne

oraz

hematologja i serologja reumatyzmu.

Zagadnienie pierwsze spotkało się z wieloma trudnościami natury terminologicznej, znaną bowiem jest rzeczą, że po dzień dzisiejszy w łonie klinicystów tudzież patologów panuje niebywała rozbieżność zapatrywań na istotę ostrego lub przewlekłego reumatyzmu, wypada przeto w kilku słowach streścić poglądy poszczególnych autorów na właściwe dla reumatyzmu jako takiego cechy patologiczne.

Według jednych „rheuma" jest to pojęcie zbiorowe, obejmujące nieomal wszystkie schorzenia obwodowych narządów ruchu z wyjątkiem jednostek o wyraźnie urazowem pochodzeniu, chorób kości w ścisłem znaczeniu tego słowa oraz tych wszystkich zespołów, jakie bywają spowodowane zmianami w zakresie systemu nerwowego ośrodkowego.

Według innych badaczy przez „rheuma" rozumieć należy wszelkie zapalenia mięśni, ścięgien, torebek maziowych, nerwów obwodowych, a nadewszystko stawów, jednakże z wyłączeniem nietylko jednostek o wyraźnie urazowej etjologji lecz również powstałych na tle jakiegokolwiek konkretnie znanego zakażenia, jak np. gruźlicy lub t. p., należałoby tedy do szeregu chorób reumatycznych jedynie te jednostki zaliczać, które rozwinęły się na zgoła nieznanem tle zakaźnem, bądź też

powstały na skutek wpływów atmosferycznych resp. termicznych. Wreszcie nie brak autorów, którzy skłonni są rozumieć przez reumatyzm wyłącznie tylko choroby stawów powstałe skutkiem przeziębienia, nie wykazujące natomiast w swej etjologji żadnego czynnika infekcyjnego ani anomalji z zakresu przemiany materji.

Jak widać z powyższego zestawienia, sprawa znajduje się w dość skomplikowanem stadjum i prawdopodobnie nieprędko jeszcze ulegnie wyjaśnieniu, co zresztą znalazło swój wyraz w wywodach, wypowiadających się w tej mierze referentów.

Nic tedy dziwnego, że ośrodkowym punktem dyskusji stał się wobec tego fakt mniejszej lub większej częstości występowania poszczególnych postaci reumatyzmu. W zasadzie panowały w tym względzie następujące zapatrywania, które naogół cieszyły się jednomyślnością:

1) tak zwane choroby reumatyczne, zarówno postaci ostre, jak przewlekłe należą we wszystkich niemal krajach do chorób najczęstszych. W Anglji np. tudzież w pod względem geograficznym podobnie położonych państwach stanowi liczba przypadków reumatyzmu $^{1}/_{6}$ wszystkich pozostałych chorób; w Niemczech oraz na Węgrzech $^{1}/_{11}$.

W miejscowościach bliżej morza położonych liczba przypadków reumatyzmu wydaje się zwiększać, natomiast w głębi kontynentu nie przekracza ona $10^{0}/_{0}$ wszystkich innych chorób.

. . . .

W zasadzie schorzenia reumatyczne stawów zdarzają się nie o wiele częściej od schorzeń reumatycznych mięśni, natomiast sprawy stawowe trwają ze względu na swój przebieg znacznie dłużej, przeto jeśli można się tak wyrazić, spotkamy się z o wiele wyższą liczbą chorób reumatyzmu stawowego niż mięśniowego, który to stosunek wyrazi się, jak 7 : 1.

Pomiędzy ostrym a przewlekłym reumatyzmem (gośćcem) mięśniowym zdarza się tyle form przejściowych, że zdaniem niektórych autorów jest wręcz niepodobieństwem odróżniać te formy, natomiast jeśli chodzi o ostre i chroniczne postacie reumatyzmu stawowego, to daje się zauważyć przedewszystkiem wybitna różnica, jaka zachodzi w liczbie przypadków tych dwuch kategorji reumatyzmu stawowego, mianowicie stosunek liczbowy w materjale szpitalnym wynosi $^{1}/_{5}$, zaś w materjale praktyki ambulatoryjnej $^{3}/_{5}$.

Na przeważającą część przypadków reumatyzmu ostrego składają się ostre zapalenia stawów wielorakie (polyarthritis acuta), z których około $^{1}/_{3}$ ulega całkowitemu wyleczeniu.

Podział przypadków reumatyzmu według płci nie nastręcza szczególnych trudności, bowiem w tej dziedzinie rozporządzamy dość pokaźną statystykę, z której wynika, że:

1) ostry gościec stawowy występuje jednakowo często u obojga płci,
2) w ogólnej jednak liczbie chorych reumatyków przeważają mężczyźni, co znajduje prawdopodobnie wytłumaczenie w stosunkowo częstszej sposobności zaziębiania się mężczyzn, jak również podlegania wszelkim insultom sprzyjającym powstawaniu reumatyzmu.

Takie jednostki kliniczne jak reumatyzm mięśniowy, neuralgja (ischias) i t. p. dotyczą znacznie częściej mężczyzn niż kobiety, a mianowicie stosunek ten wyraża się jak 3 : 2.

Zgoła inaczej się rzecz przedstawia przy pierwotnych przewlekłych formach reumatyzmu, który jakby szczególnie upodobał sobie płeć piękną, gdyż dotyka kobiety 2 — 4 razy częściej niż mężczyzn, czem się też tłomaczy niezrozumiałe zrazu zjawisko cyfr oznaczających stosunek inwalidztwa kobiet i mężczyzn z powodu reumatyzmu wogóle, a mianowicie 120 : 100.

Charakterystyczny wiek dla przypadłości reumatycznych daje się ująć w pewne dość ostro zakreślone granice, a więc np. rheuma musculorum, neuralgje występują naogół bardzo rzadko w wieku dziecięcym, natomiast poczynając od okresu dojrzałości, rozkładają się dość równomiernie na okres do lat 60, poczem znów ulegają degresji.

Ostre i podostre postacie reumatyzmu mięśniowego spotykamy niezmiernie często u kobiet w okresie menopauzy.

Lumbago, ischias i inne nerwobóle wypełniają naogół czasokres pomiędzy 30 a 60 rokiem życia, a więc tak zwany wiek produkcyjny. Powszechnie znany ostry gościec wielostawowy spotykamy jednakowo często u obojga płci w wieku dojrzewania płciowego aż do mniej więcej 40 roku życia. Dwie trzecie przypadków śmiertelnych wydarza się z powodu tej formy reumatyzmu w wieku od 5 do 25 lat życia.

Wady zastawek sercowych jako następstwo zakażenia reumatycznego powstają najczęściej na skutek ostrego lub chronicznego zapalenia wielostawowego. Pribram znalazł na stole sekcyjnym zmiany zapalne na zastawkach sercowych aż w 75% gośćca wielostawowego chronicznego, powstałego z formy ostrej. Wrota wnijścia dla zarazka reumatycznego upatruje się jak wiadomo poza przewodem jelitowym oraz genitaljami, również w dziąsłach i zębach, tudzież w migdałkach (dental, alveolar, tonsillar sepsis).

Zapatrywania autorów amerykańskich jakoby ogniska okołozębowe powodowały aż w 76% infekcyjne sprawy stawowe (Iron) niewątpliwie odbiegają od rzeczywistości, tem więcej jeśli przyjąć pod uwagę, że wszak prawie 70% naogół zdrowych ludzi posiada ogniska ropne okołozębowe.

Hematologja i serologja reumatyzmu była naogół przedmiotem dość ożywionych dyskusyj, jakkolwiek i w tej dziedzinie w zasadzie nic nowego nie zgłoszono. W tak zwanych skazach reumatycznych (artretyzm francuzów) mamy do czynienia z mniej wartościowym osobnikiem w znaczeniu konstytucjonalnym, okazującym mniej odporności na najrozmaitsze czynniki szkodliwe, nie znajdujemy jednak we krwi tych osobników jakichś szczególnych zmian. Opisane przez niektórych autorów eozynofilja we krwi przy myalgji i innych obrazach artretycznych w nowszych badaniach nie znalazły potwierdzenia.

Natomiast dość często znajdywane we krwi reumatyków limfocytoza być może wskazuje w pewnym stopniu na zaburzenia wewnątrzwydzielnicze.

W przypadkach reumatyzmu o charakterze degeneracyjnym badanie krwi wypada przeważnie ujemnie, natomiast sprawy zapalne, a więc artretyczne w ścisłym znaczeniu tego słowa znamionują się w zasadzie całkiem charakterystycznemi zmianami w obrazie krwi.

Liczba erytrocytów przy bardziej długotrwałych stanach reumatyzmu wielostawowego ulega redukcji. W wielu wypadkach daje się stwierdzić dość pokaźna leukocytoza, nigdy jednakże nie przekracza ona wartości 200000, co już by raczej przemawiało za sprawą septyczną.

O wiele więcej uwagi zwróciły na siebie ostatniemi czasy badania mające na celu analizę chemiczną krwi reumatyków.

Wchodzą tu w grę nadewszystko kreatyna, cholesteryna, wapń, kwas mleczny, cukier.

Nader ciekawą metodykę podał również Zimmer z kliniki Biera w Berlinie; posługując się sposobem interferometrycznym w reakcji Abderhaldena otrzymał on wielce cenne wskaźniki dla rozpoznawania poszczególnych postaci reumatyzmu.

Odczyt Docenta Daniszewskiego z Moskwy zawierał szereg cennych danych statystycznych, dotyczących zapadalności na reumatyzm z podziałem według płci, wieku, miejsca zamieszkania, stanu mieszkań, odżywiania i wreszcie zawodu. Również i ten autor podkreśla doniosły wpływ czynnika wilgoci wzgl. przeziębiania na rozwój reumatyzmu, przyczem nader jaskrawym przyczynkiem do tego tematu posłużyły takie spostrzeżenia, jak np. bardzo stosunkowo wysoki procent chorych reumatyków w gubernji włodzimierskiej, gdzie ludność jest przeważnie zatrudnioną przy pracy w torfowiskach, narażającą z natury rzeczy na insult przeziębieniowy.

Niezależnie od wykładów teoretycznych, poświęcono stosunkowo dużo czasu pokazom klinicznym, które odbywały się przeważnie w III Klinice Medycznej Uniwersytetu.

Z demonstrowanych chorych przytaczamy następujące grupy:

polyarthritis chronica primaria (13 kobiet, 3 mężczyzn),

polyarthritis chronica secundaria postinfectiosa (4 kobiety, 9 mężczyzn),

spondylitis ankylopoetica (3 mężczyzn),

ossificatio lig. intercruralium (1 kobieta, 1 mężczyzna),

arthritis deformans coxae (5 kobiet),

arthritis deformans genu (6 kobiet),

diathaesis arthritica (3 kobiety).

W czasie demonstracyj odbywała się dyskusja nietylko dotycząca poszczególnych objawów klinicznych, lecz również stosowanych u pacjentów metod leczniczych. Zgromadzeni wypowiadali się obszernie o tych i innych zachwalanych ostatniemi czasy środkach przeciwreumatycznych, przyczem szczególne zaciekawienie budziło ustosunkowanie się obecnych względem również i u nas w Polsce znanej Cutivacciny. Szczepionka ta była stosowaną larga manu i dała zadawalające rezultaty. Obecni na Zjeździe anglicy referowali o nieco odmiennym sposobie dokonywania szczepień, mianowicie drogą śródskórną, co jednak nie znalazło wśród reszty zgromadzonych w Klinice uznania.

Godzi się podkreślić, że w prasie lekarskiej polskiej posiadamy dość wyczerpujące sprawozdania kliniczne z istotnie cennych wartości omawianej szczepionki, uważam przeto za zbędne szersze rozwodzenie się nad jej działaniem i stosowaniem.

Zjazd udał się znakomicie zarówno pod względem organizacyjnym, jak i doboru referatów. Również i frekwencja gości całkowicie dopisała. Wszelkie uroczystości tudzież imprezy o charakterze reprezentacyjnym, resp. towarzysko-rozrywkowym stały na wysokości zadania, zawdzięczając to w wysokiej mierze żywemu współudziałowi Prezesa Towarzystwa Hydrologicznego Bar. Prof. Koranyiego, Prof. Vamosyego oraz Dziekana Wydz. Lekarskiego D-ra Varkasa. Poza stroną naukową, uczestnicy mieli znakomitą sposobność zapoznania się również z rzeczywiście godnemi uwagi urządzeniami balneologicznemi tudzież zabytkami historycznemi przepięknej stolicy Węgier.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

W jednym z ostatnich numerów „Journal des Practiciens" czytamy:

KOPROSTAZA i CASCARINA.

„La santé d'une fonction est dans son énergie" (Wilde).

Fizjologja patologiczna opisuje dwie odrębne postacie zastoju kałowego: pochodzące z kiszki ślepej i z okrężnicy; pierwsza zwłaszcza z tych postaci wywołuje komplikacje, kończące się chroniczną autointoksykacją. Z tego powodu praktyka lekarska od dawna uważa za konieczne nielekceważenie wzdęcia jelita, nim nadejdzie okres zastoju kałowego i da podłoże do samozatrucia. Od dawien dawna próbowano do dnia dzisiejszego wielu metod i środków lekarskich, aby zapewnić regularną perystaltykę porcji kałowych i usunąć wzdęcie jelita. W dobie obecnej, w której większość schorzeń jelitowych jest pochodzenia bakteryjnego, starożytna metoda Galena oczyszczania jelit ponownie nabiera prawa obywatelstwa. Wobec tego lekarz praktyk winien w wielu wypadkach zrzec się środków czyszczących gwałtownie i stosować środki czyszczące łagodnie.

Od dawna **Cascarine Leprince** czyni zadość tym wymaganiom, wywołuje ona łagodne wypróżnianie jelit, usuwa atonję, spazm jelitowy i przywraca całą energję czynnościową przez swój wpływ pobudzająco-ruchowy, nie wzmagając czynności wydzielniczej i wzmożonej perystaltyki.

Dzięki tej zalecie działania, **Cascarine - Leprince** uzyskała pierwszeństwo wśród podobnych środków lekarskich nawet wówczas, gdy nawykowemu zaparciu towarzyszą przekrwienie, zapalenie i katar jelit.

Czynność żółciopędna **Cascarine - Leprince** jest tak znaczna, że należy ją stosować, jako środek codzienny w niedomodze wątroby i w zatruciu ciążowym. Dzięki używaniu **Cascarine - Leprince** uniknąć można enterocolitis muco - membranacea i zapalenie wyrostka robaczkowego.

Cascarine będzie również działała korzystnie u artretyków, u otyłych, u których powstają skłonności do kamicy żółciowej. Jest ona wskazana zwłaszcza w przypadkach tak dysfunkcji kątnicy, w zaparciach, wywołanych przez ucisk jelita lub zrosty, jak i w zastojach kałowych pochodzenia paralitycznego podczas cierpienia rdzenia kręgowego.

Dzięki własnościom żółciopędnym **Cascarine** przeciwdziała zakażeniu jelitowemu i w ten sposób usuwa objawy nerkowo-jelitowe Heitz'a.

Dzięki swej zdolności usuwania i niszczenia trucizn, odnawia czynności i korzystnie może być stosowana u ekzematyków, sklerotyków, uremików. Usuwając opory jelitowe, regulując wymiany cząsteczkowe, odnawiając metabolizm, **Cascarine** wpływa dodatnio na energję biosteniczną jelit.

Ten wpływ „roślinnego kalomelu" (jest to nazwa, którą Anglicy nadali odkryciu Leprinc'a), należy przypisać z jednej strony rytmowi wątrobowo-żółciowemu, z drugiej strony działaniu splotu Auerbacha.

Reasumując powyższe, aby zwyciężyć trudności oddawania kału, spowodowane jakimikolwiek bądź przyczynami, należy pamiętać zawsze o **Cascarinie.** Jest to środek, który najdokładniej przywraca wypróżnienie poranne lub poposiłkowe, stanowi **vis à tergo** zdrowia i długiego życia.

———o———

Przyczynek do leczenia rzeżączki u kobiet. Medizinische Klinik, 1929. Nr. 221. Dr. A. Fessler.

Jako asystent oddziału dermato - wenerologicznego szpitala im. Wilhelminy w Wiedniu, autor zebrał dane z okresu 1918 — 1928 o 471 pacjentkach z rzeżączką.

Dla zupełnego wyleczenia uznaje on potrzebę połączenia leczenia ogólnego z miejscowem.

Często obserwowano zaburzenia w miesiączkowaniu, jako objawy następcze rzeżączkowego zajęcia przydatków, przeważnie: bolesne miesiączkowanie, krwotoki maciczne i brak miesiączki. Przeciw przewlekającym się krwawieniom z dobrym i szybkim skutkiem stosowano Sistomensinę. W braku miesiączki leczenie hormonami bywało przeważnie bez skutku. Tylko w 2 przypadkach u 18-to, wzgl. 32-letniej chorej zdołano sprowadzić krwawienia za pomocą Folikuliny i Agomensiny. Krwawienia te jednak później nie pojawiały się regularnie.

———o———

Jenö Csiki. Inwaginacyjna niedrożność jelit w wieku dziecięcym. Gyogyaszat, 1928. Nr. 47.

Dnia 29.VIII 1928 na oddział chirurgiczny Szpitala Uj Szent János w Budapeszcie przybył 14-letni chłopiec z ciężkiemi objawami inwaginacyjnej niedrożności jelit i natychmiast był operowany. Wycięto część jelita cienkiego i dokonano odpowiedniego zespolenia jelita grubego z poprzecznicą.

Stan chorego był wielce zatrważający, zwłaszcza w pierwszych dniach po operacji. Następowały częste wymioty. Tętno wahało się stale w granicach około 120 i łatwo znikało. Wiatry nie odchodziły, stolca nie było, wskutek czego z początku podawać było trzeba leki

nasercowe oraz podskórne wlewania roztworów soli kuchennej. Po wstrzyknięciu peristaltyny 7-go dnia nastąpiło wypróżnienie, poczem chory rychło powrócił do zdrowia. 13.IX 1928 chory, wyleczony zupełnie, opuścił szpital.

———o———

Dr. Leo Breuer. Doświadczenia z coraminą „Ciba" w praktyce dziecięcej. Wiener Medizinische Wochenschrift, 1929. Nr. 30.

Autor doszedł do przekonania, stosując Coraminę w Szpitalu dla chorych zakaźnych w Grazu, że miał do czynienia z wybitnie działającym środkiem w leczeniu zapalenia płuc u dzieci i dorosłych. W podobnych przypadkach stosowano dotąd zwykle przetwory naparstnicy, które jednak przeważnie źle bywają znoszone. Próbowano przeto Coraminę, która dała znakomite rezultaty w leczeniu.

Podawano Coraminę w zależności od wieku dziecka 3 — 4 razy dziennie po 8 — 15 kropli w łyżeczce wody, do której dla poprawy smaku dodano soku malinowego lub cytrynowego. W lżejszych przypadkach podawano także Coraminę zapobiegawczo, a tam, gdzie zależało na natychmiastowej poprawie osłabionego krążenia, wstrzykiwano ją dożylnie lub podskórnie po 3 — 5 ccm. Autor podaje kilka typowych przykładów z znakomitym wynikiem:

7-letnia chora z odoskrzelowym zapaleniem płuc podczas odry. Na 4 dzień choroby wieczorem nastąpiła znaczna duszność, pojawiła się sinica i osłabienie serca. Szybkość oddechu 62, tętno bardzo słabe, ledwie wyczuwalne. Chora nieco odurzona. Po podskórnem wstrzyknięciu 3 ccm. Coraminy duszność ustąpiła po 2 minutach, sinica przeszła, tętno wzmocniło się i dość szybko wracało do przeciętnej ilości uderzeń. Chora szybko powróciła do normalnego stanu, a także w dalszym przebiegu choroby już nie zapadała na serce. Chorej tej następnie podawano Coraminę w kroplach 3 razy dziennie po 5 kropli.

W zapaleniu płuc podczas krztuśćca dawano Coraminę w kroplach 3 — 4 razy dziennie po 5 — 8 kropli z bardzo dobrym skutkiem. Zauważono, że tak nużące i tak silnie osłabiające napady kaszlu znakomicie się uspakajały i łagodziły pod wpływem Coraminy.

Autor oddaje bezwarunkowe pierwszeństwo Coraminie w stosunku do wszystkich innych, w tym celu stosowanych środków, ponieważ działa ona szybko i pewnie, a pozwala też na dokładne dawkowanie. Zastrzyki nie są bolesne i nie obserwowano nigdy niepożądanych objawów ubocznych, jak wstrząsy, ropnie, kurcze i t. p.

Równolegle z szybkiem, pewnem i intensywnem działaniem Coraminy na uwagę zasługuje jej wielka rozległość terapeutyczna, a z powodu łatwego zastosowania i pewnego, a dokładnego dawkowania Coramina zasługuje na najgorętsze polecenie lekarzom szczególnie tam, gdzie zależy na doraźnej pomocy.

Gaston Duraud et Delherm. La diathermotherapie dans le syndrome de pericolite droite. Presse Méd. 19. I. 1929.

Autorzy obserwowali chorych leczonych diatermją przez rok czasu. Chorzy ci cierpieli z powodu bólów poprzecznicy prawej strony. Bóle te trwały u nich nieraz od wielu lat. Prawie wszyscy byli operowani na wyrostek robaczkowy. Badanie radjologiczne wykazywało opuszczenie prawej części poprzecznicy, oraz objawy zrostów. U 20 chorych po 30 — 60 seansach zanotowano poprawę w 8 przypadkach. Poprawa ta polegała na ustaniu bólów, ustąpieniu objawów zaparcia stolca i poprawie stanu ogólnego. Wśród chorych leczonych bezskutecznie autorowie notowali objawy neuropatyczne.

Bonnet et Delore. Ulcève d'estomac chez un tabetique presentant des crises gastriques: disparition des crises aprés l'ablation de l'ulcère. Lyon Médical 31. III. 1929.

Chory lat 49 w 1918 roku miał zaburzenia wzrokowe. W 1924 roku zjawiły się bóle typowe dla crises gastriques. Chorego leczono neosalvarsanem. Nowy napad miał w 1928 roku. Odczyn Wassermana dodatni. Wykonano laparotomję pod znieczuleniem lędźwiowem. Stwierdzono wrzód żołądka i wykonano gostrektomję. Autorowie zaznaczają, że w związku z tym przypadkiem należy rozpatrzeć sprawę wrzodu żołądka przy tabesie. Fromeut i Tolot stwierdzili wrzód żołądka u chorego z crises gastriques. Podobne spostrzeżenia poczynili Rebatue, Grivet, Gardère, Castaigne, Bouchut.

Wrzód żołądka przy tabesie może być przypadkowo, może być pochodzenia kiłowego lub też może stanowić coś w rodzaju malum perforans żołądka. Autorowie zaznaczają, że djagnostyka różniczkowa poruszonych tu spraw jest trudna. Radzą oni operować w tych przypadkach chorego wcześnie, a następnie przeprowadzać leczenie bismutem, rtęcią i salvarsanem.

C. Bachem. Über einige Abkömlinge des Morphins und Codeinis und ihre therapeutische Bedeutung K. M. f. A. Juli 1929 r.

Autor zaznacza, że zależność działania od budowy chemicznej środków szczególnie jest zaznaczona w rzędzie alkaloidów. Autor zaznacza, że miał doskonałe wyniki przy stosowaniu Paracodin'y, która jest pochodną kodeiny. Autor zaznacza, że Paracodin'a zwalcza doskonale podrażnienie kaszlowe i nie daje ani błogostanu ani nie powoduje przyzwyczajania.

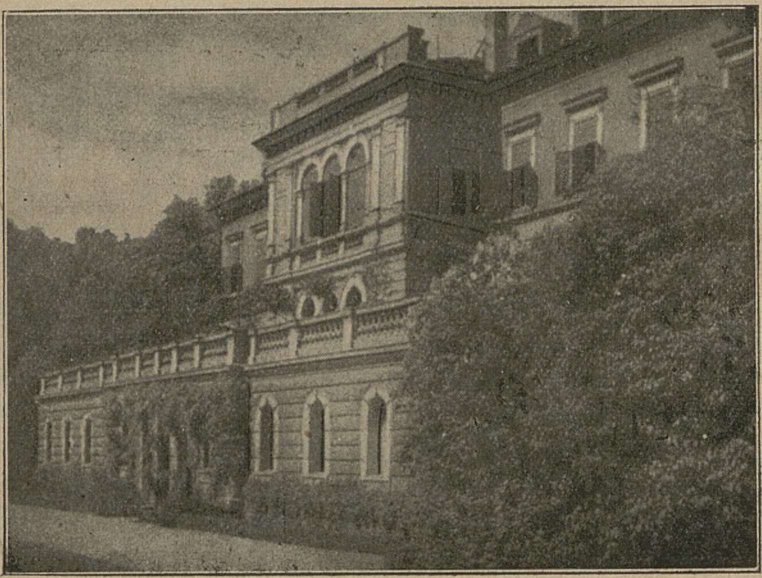
K. Loeffler. Ueber Beziehungen der Gallensauren zum. Nahrungscholesterin. Zeitschr. f. physiol. Chemie 178. 1928.

U myszy, które przez długi czas otrzymywały dziennie po 50 mg. cholesteryny i 20 mg. kwasu cholowego, zawartość cholesteryny w wątrobie znacznie się wzmagała. To samo stwierdzono na królikach jednakże należy zaznaczyć że cholesteryna we krwi nie ulegała wzmożeniu. Przy karmieniu kwasami żółciowemi nie obserwowano wzmagania się zawartości cholesteryny.

Lecznictwo zdrojowiskowe i klimatyczne.

BILIN (CZECHOSŁOWACJA)

Bilin jest to niewielkie miasto czeskie, liczące około 10.000 mieszkańców. Leży ono w dolinie rzeki Biała, 2 godziny drogi od Teplic. Położone jest 197 metrów nad poziomem morza. Położenie jego jest malownicze i odosobnione. Od północy i zachodu ochraniają go wysokie góry. Klimat jest łagodny o działaniu krzepiącem.



Woda Bilińska jest to silna szczawa alkaliczna zawierająca 4.7‰ dwuwęglanu sodu (Sabatowski). Prócz tego w wodzie Bilińskiej zawarty jest dwuwęglan magnu i dwuwęglan litu. Lit zawarty jest w tej wodzie w ilości 0.033 gr. w litrze. Dzięki tak znacznej zawartości litu, jest ona jedną z najsilniejszych wód litowych. Zawartość litu ma szczególne znaczenie przy leczeniu dny, gdyż sole litu mają być środkami rozpuszczającemi kwas moczowy (Ch. Achard).

Weber-Meyer uważa wodę Bilin za jedną z najsilniej działających szczaw alkalicznych.

Wskazaniami do stosowania wody Bilin są:

1. Schorzenia dróg moczopłciowych, katar pęcherza, zapalenie miedniczek nerkowych, kamica nerkowa.
2. Schorzenia narządów trawiennych, nadkwaśność i nieżyt żołądka, nieżyt kiszek, schorzenia wątroby.
3. Schorzenia dróg oddechowych, przewlekły nieżyt oskrzeli.

Wodę Bilińską należy zalecać przy limfatyźmie, dnie, kile, niedokrwistości oraz przewlekłym gośćcu stawowym.

Musimy tu zaznaczyć, że woda Bilińska szczególnie nadaje się do stosowania u dzieci rachitycznych i skrofulicznych.

Woda Bilin jest przezroczysta, mięka, w smaku przyjemna. Stała temperatura jej u źródła wynosi 11,^{30}C.

Bilińska szczawa alkaliczna może być stosowana w domu. Woda przesyłana do leczenia domowego nie traci swych własności leczniczych i wywiera te same działanie co u źródła.

PIŚMIENNICTWO.

Sabatowski. Klimato- i hydroterapja 1923 r. str. 235.

Weber — Mayer — Klimatoterapja i balneoterapja w tłumaczeniu T. Borzęckiego 1909 r. str. 195.

Ch. Achard. Troubles des echanges nutritifs. T. II. str. 1122. 1926 r.

Konkurs dla lekarzy.

W r. 1930 przypada 30-lecie istnienia firmy **„Bébé Szofmana"**, produkującej puder, mydło i krem dla dzieci. Dla uczczenia swego jubileuszu 30-letniego firma „Bébé Szofmana" ogłosiła pod egidą Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego konkurs na najlepszą pracę o zewnętrznej higjenie dziecka, przeznaczając 3 nagrody po 500 zł., 300 złotych i 200 złotych. Praca winna nosić charakter popularno-naukowy i służyć wskazówkami matkom i pielęgniarkom. Udział w konkursie wziąć mogą wszyscy lekarze praktykujący na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Rozmiar pracy 1½ do 2 arkuszy druku. Termin nadsyłania prac w kopertach zapieczętowanych, oznaczonych godłem, z załączeniem drugiej koperty zapieczętowanej, wyjaśniającej godło — do dnia 20 marca 1930 r. na ręce Sekretarza Tow. Pedjatr. D-ra K. Piotrowskiego, Warszawa, Żórawia 6. Sąd konkursowy z 4 lekarzy z ramienia Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego oraz 1 przedstawiciela firmy „Bébé Szofmana" przyzna nagrody 3 najlepszym pracom, przyczem praca odznaczona I-szą nagrodą zostanie ogłoszona drukiem na koszt firmy „Bébé Szofmana". W razie gdyby żadna z nadesłanych prac nie zasługiwała na wyróżnienie, będzie ogłoszony nowy termin konkursu.

Od firmy „Asmidar" Przedstawicielstwa firmy „Laboratoires des Proxytases" otrzymujemy z prośbą o umieszczenie następującego sprostowania:

W dniach ostatnich pojawiły się w Polsce na łamach prasy codziennej artykuły o nowym preparacie firmy „Laboratoire des Proxytases" w Paryżu p. n. „ANGIOXYL".

Ponieważ artykuły te mają posmak sensacji i niezgodne są z prawdą, niniejszem, jako przedstawiciele powyższej firmy, korzystając z łaskawej gościnności wydawnictwa *„Therapia Nova"*, spieszymy wyjaśnić, iż nie mamy nic wspólnego z całą tą kampanją reklamową i wobec czego nie przyjmujemy żadnej odpowiedzialności za podawane przez prasę codzienną wiadomości.

Dla ścisłości pozwalamy sobie zaznaczyć, iż Angioxyl nadszedł już do Warszawy i został przez nas oddany do wypróbowania Klinikom Uniwersyteckim i Szpitalom.

STOSOWANY OD 30 LAT Z POWODZENIEM JAJECZNY RYBI TRAN

OSSIN

„STROSCHEIN"

JEST LEKKOSTRAWNY, ZAWIERA LIPOIDY I WITAMINY TRANU LECZNICZEGO, ŻÓŁTKA I ELEKTROLITY KRWI: TWÓRCZOKOSTNE SOLE FOSFOROWE I WAPIENNE.

WSKAZANIA:

Krzywica, Skrofuloza, Nerwowość, Osłabienie, Gruźlica płuc i kości.

DAWKOWANIE: DOROŚLI — 3 RAZY DZIENNIE PO 2 ŁYŻKI, DZIECI — 3 RAZY DZIENNIE PO 2 ŁYŻECZKI PO JEDZENIU.

PIŚMIENNICTWO I PRÓBY PRZESYŁA BEZPŁATNIE

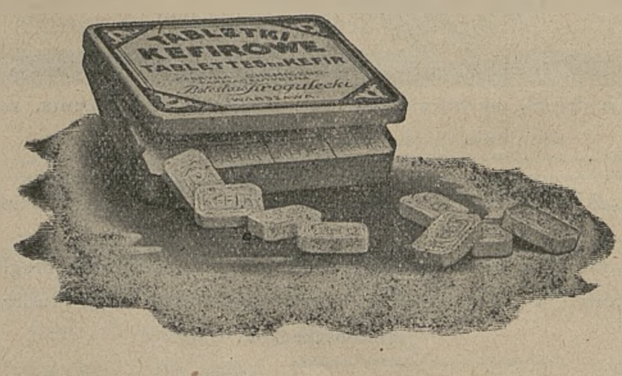
SKŁAD GŁÓWNY NA POLSKĘ

„PROTON"

WARSZAWA, Ul. Ś-go STANISŁAWA 9/11

Tabletki Kefirowe

Kroguleckiego



umożliwiają wszystkim i wszędzie przyrządzanie kefiru w prosty sposób.

TREŚĆ:

REDAKTOR NACZELNY:
Dr. Med. Aleksander Krasuski

ADRES REDAKCJI:
Nowowiejska 25 m. 2 tel. 112-82.

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 111-55

Konto P. K. O. 19.175

Druk. „Antiqua" St. Szulc i S-ka, ul. Kacza 7, tel. 504-91.